個人情報 訂正・消去等請求書

記入日　　年　　月　　日

学校法人 新潟総合学園新潟医療福祉大学 行

※ ご請求方法

１．下記事項を、記入漏れのないようにご記入ください（太線内は必須事項です）。
２．本人確認（代理人の場合は代理人確認）に必要な書類を簡易書留でお送りください。
（郵送料は、お客様ご負担です。）
３．郵送で処理完了の通知をご希望の方は、住所を書いた返信用封筒に８２円切手を貼付し同封してください。

□ ご本人、または代理人の特定に係る情報

開示の有無	有　　無 （訂正・消去等に先立ち開示手続をした場合、本人確認の書類は不要です）

ふりがな		
氏　　名		印
ふりがな		
住　　所	〒　　－	
電話番号		
ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ		
本人確認書類 （a 又は b）	a	１．学生証　２．運転免許証　３．写真付き住民基本台帳カード ４．パスポート　５．外国人登録証明書　６．印鑑証明書の原本と実印を本請求書に押印（１～６の中から１種類、１～５はコピー）
	b	１．健康保険の被保険者証のコピー、または年金手帳のコピー ２．戸籍謄本の写し、または戸籍抄本の写し、または住民票の写し （１及び２の２種類）

□ 代理人の方は、次の項目もご記入ください。

代理人区分	１．親権者　２．成年後見人　３．委任による代理人
代理人確認書類	１．親権者　→　戸籍謄本 ２．成年後見人　→　成年後見登記事項証明書 ３．任意の代理人　→　委任状（ご本人様実印を押印）及び印鑑証明書の原本

ご請求事項（○をつけてください）	１．訂正　２．追加　３．削除　４．利用停止　５．消去
通知の希望（同上）	処理完了通知を　１．希望する　２．希望しない
通知の方法（同上）	処理完了通知の方法は　１．郵送　２．電子メール

※ 項目、内容、及び理由は、具体的にご記入ください。

１．訂正

訂正項目	内容（訂正前）	内容（訂正後）

２．追加

追加項目	追加内容

３．削除

削除項目

４．利用停止

理　由

５．消去

理　由